UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1947 N° 52

TRAITEMENT ACTUEL DES VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1947

PAR

ODETTE GIRMA

Diplômée d'Hygiène

MEMBRES DU JURY	MM. DUCUING	*Président.*
	P. FABRE	*Assesseurs.*
	GUILHEM	
	GRIMOUD	
	LAPORTE	*Suppléant.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE MODERNE

22, rue Sainte-Ursule, 22

1947

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. CALVET
ASSESSEUR ..... LEFEBVRE
Doyens honoraires ..... BARDIER, GORSE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS	MM. RISPAL	MM. MOOG	MM. MAURIN
ESCAT	LAFFORGUE	MERIEL	RIBAUT
	ARGAUD	CAUBET	SERR

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE (J.), ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie generale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS, CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL R.
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN
Clinique des Maladies des Voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	MÉRIEL
Anatomie Pathologique	FABRE (J.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique et Chirurgie Maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie Biologique	MONNIER
Médecine légale et Déontologie	PLANQUES
Histologie et Embryologie	BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie..... M. BAISSET, Obstétrique..... GUILHEM, Anatomie..... COULOUMA

AGREGES EN EXERCICE

Anatomie	MM. LAZORTHES
Histologie	BIMES ch. f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.)
Chirurgie	VIRENQUE, GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie	DEODATI
Chimie Médicale	VALDIGUIÉ (P.)
Physique medicale	MARQUES
Pharmacie	COUTURIER
Chimie Générale Pharmaceutique	BLANC
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Microbiologie	BOUISSET
Clinique de la Tuberculose	MOREL L., DAMRRIN (P.)
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BONHOURE
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Oto-Rhino-Laryngol	CLAUX
Secrétaire de la Faculté	DUCROS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1947 N° 52

TRAITEMENT ACTUEL DES VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1947

PAR

ODETTE GIRMA

Diplômée d'Hygiène

MEMBRES DU JURY	MM. DUCUING	*Président.*
	P. FABRE	*Assesseurs.*
	GUILHEM	
	GRIMOUD	
	LAPORTE	*Suppléant.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE MODERNE

22, rue Sainte-Ursule, 22

1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MES PARENTS

Cette thèse est un témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance. Ce sont plus que les miens, leurs efforts qu'elle couronne.

A MON MARI

Dont la tendresse a été pour moi un encouragement et un soutien au cours de ces dernières années d'étude.

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCUING

Professeur de clinique chirurgicale et du cancer

Directeur du C. R. A. C.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, témoignage de notre admiration et de notre profond respect.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR
PIERRE FABRE
Professeur de clinique chirurgicale urologique

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILHEM
Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD
Professeur agrégé de chirurgie

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE
Professeur agrégé à la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR ENSALBERT

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a conseillé pendant son élaboration avec une bienveillance dont nous le remercions vivement.

INTRODUCTION

Il peut paraître banal d'ouvrir à nouveau ce chapitre mineur de la pathologie vasculaire. Il n'est en effet ni bien nouveau, ni mal connu. Mais il nous a paru digne d'intérêt précisément en raison des multiples controverses auxquelles il a donné lieu et donne lieu encore chaque jour, ainsi que pour l'énorme quantité de malades auxquels il s'adresse.

Le traitement des varices et de leurs complications ont de tout temps préoccupé médecins et chirurgiens. Chacun d'eux a vu successivement le triomphe de ses idées.

Après une longue ère chirurgicale dont l'origine remonte à plus de 2.000 ans, puisque l'extirpation des varices fut pratiquée sur Marius et rapportée par Plutarque, les accidents redoutables de phlébite et d'infections purulentes la condamnèrent jusqu'au jour où l'antisepsie et l'anesthésie permirent d'y revenir avec succès.

Après quelques tentatives d'injection de substances coagulantes dans la lumière de la veine par l'école Lyonnaise vers 1851, *en* 1875 *Steele (de*

Bristol), Marshall, Davies Galley, Fry pratiquent l'excision des varices et montrent la simplicité ainsi que les faibles risques de cette intervention.

Avec Lucas Championnière, Trendelenburg, Schwartz, et plus tard (1906) *avec Terrier et Alglave, cette méthode d'excision a d'ardents défenseurs. A peu près à la même époque, Delbet préconise l'anastomose saphéno-fémorale. Mais déjà deux ans auparavant* (1904), *Tavel* (*de Berne*) *avait eu l'idée d'associer la ligature des veines variqueuses aux injections phlébosclérosantes. Cette méthode nouvelle fait dès lors du chemin en Italie avec Schiassi* (1908), *Achille F.* (1916), *Nobili* (1921), *puis en Allemagne avec Hempel.*

En 1917 *la découverte de la méthode des injections sclérosantes de Sicard fait entrer les varices dans le domaine médical. Pendant de nombreuses années cette méthode est très employée. Mais on s'aperçoit qu'elle n'est pas toujours efficace ni même inoffensive. Jeannel, Alglave et plus récemment des auteurs tels que Pauchet, D'Allaines, Vacheron, jettent l'alarme et reviennent sur les avantages du traitement chirurgical lorsqu'il réalise l'ablation complète des lésions. Depuis une quinzaine d'années une méthode basée sur les principes de la crossectomie et de la sclérose est utilisée par des auteurs anglais tels que Aldham, Dickson Wright, Russel et Dodd qui en ont généralisé*

l'usage et codifié la technique. On peut penser avec eux qu'elle prendra le pas dans quelques cas sur les méthodes chirurgicales et presque toujours sur les méthodes chirurgicales et presque toujours sons de faire le point sur cette question, nous appuyant sur les résultats obtenus dans une vingtaine de cas traités dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur Ducuing, après avoir essayé de montrer, par quelques rappels d'anatomie et de physiopathologie sur quelles bases reposent les traitements actuels des varices et leurs indications respectives.

NOTIONS ANATOMIQUES ET PHYSIO-PATHOLOGIQUES SUR LES VARICES UTILES A LA COMPREHENSION DE LEURS TRAITEMENTS ACTUELS

Notions anatomiques.

Les veines superficielles du membre inférieur sont groupées en deux systèmes principaux anastomosés entre eux : le système saphène interne et le système saphène externe. Ceux-ci sont également anastomosés avec les veines profondes par l'intermédiaire des veines perforantes lesquelles sont directes ou indirectes suivant qu'elles les relient directement ou qu'elles ne se rendent de l'un à l'autre que par l'intermédiaire du réseau musculaire. Les veines superficielles flottantes dans le tissu cellulaire sous-cutané, privées de tout soutien musculaire, subissent tout particulièrement l'action de la pesanteur. Il n'est donc pas étonnant qu'elles paient un lourd tribut à la maladie variqueuse et c'est le système saphène interne qui est le plus souvent affecté.

Briquet et Reclus avaient établi plusieurs degrés dans l'altération de la paroi vasculaire :

1° Distension simple sans altération pariétale. Ce stade correspond cliniquement au stade des varices occultes, époque des lourdeurs, douleurs, coloration violacée, légers œdèmes vespéraux. L'insuffisance valvulaire existe déjà, sa recherche conduira au diagnostic.

2° Dilatation avec épaississement des parois sans déformation. La forme de la veine demeure cylindrique mais l'hypertrophie porte à la fois sur la longueur et l'épaisseur. La veine s'allonge mais retenue par des points fixes elle se replie en pelotons sinueux : c'est le stade des varices confirmées dans lequel deux cas peuvent être envisagés, le système veineux superficiel se vidant bien ou mal dans le système veineux profond suivant que les veines perforantes sont elles-mêmes suffisantes ou insuffisantes.

Le réseau variqueux a l'aspect de cordons bleuâtres, de calibre régulier plus ou moins sinueux, beaucoup plus apparents que le réseau normal et les signes fonctionnels du début se sont aggravés.

3° Dilatation. Epaississement inégal des parois d'où déformation. Ce sont ces énormes paquets variqueux accompagnés de gros troubles fonctionnels surtout trophiques et vaso-moteurs : excoriations

cutanées, épaississement marqué des téguments, déformation en masse, et parfois sorte de monstruosité allant même jusqu'à l'aspect éléphantiasique. Ces troubles constituent alors pour le malade une véritable infirmité.

NOTIONS PHYSIO-PATHOLOGIQUES.

1° *Rôle des valvules :*

La circulation dans les veines superficielles est, en raison de leur situation anatomique, tout particulièrement gênée par l'action de la pesanteur. A celle-ci s'oppose le rôle joué par les valvules dont ces veines sont munies : elles segmentent et suspendent la longue colonne sanguine qui va du système cave aux orteils. *Toute hyperpression au-dessus d'une valvule la ferme, ce qui protège le segment veineux sous jacent.*

Mais outre la pesanteur, le sang veineux dans le système saphène interne aura à lutter contre un autre obstacle : les à coups de la pression abdominale provoquée par les efforts. La veine saphène interne présente en effet une disposition anatomique particulièrement défavorable au voisinage de son entrée dans l'abdomen. Certes, elle est défendue non seulement par ses valvules en nombre variable étagées dans le tronçon crural et le système jambier mais aussi par la valvule ostiale qui se trouve à l'embouchure de la saphène dans la fémo-

rale et qui protège tout le système saphène contre la pression de toute la colonne sanguine abdomino-thoracique comprise entre le cœur droit et l'embouchure sapheno-fémorale. Mais qu'une malformation congénitale ou acquise de l'appareil valvulo-fémoral mette en communication directe la colonne sanguine de la saphène avec la fémorale et par son intermédiaire avec la veine iliaque et la veine cave et toute variation de pression dans le domaine du cœur droit devra avoir un retentissement direct sur la saphène. Celle-ci, livrée à ses valvules restantes généralement insuffisantes elles aussi, mal soutenue d'autre part en raison de la rétraction superficielle, ne pourra que se laisser forcer, distendre.

Dès lors sa circulation centripète à l'état physiologique, deviendra centrifuge comme le prouvent les constatations suivantes :

a) L'hémorragie abondante presque en jet, qui se fait par le bout central, si, au cours d'une résection de la saphène variqueuse, on incise la veine.

b) La mesure manométrique que Delbet a vu s'élever dans le bout supérieur jusqu'à 26 cm. de mercure.

c) L'ondulation provoquée par une chiquenaude sur la saphène qui se porte à contre courant vers l'extrémité inférieure du membre : signe de

Schwartz prouvant également que l'ondulation propagée est celle d'une colonne liquide libre.

d) Une manœuvre de grande valeur :

Sur le sujet couché on vide d'abord le système saphénien en relevant le membre inférieur. On comprime avec les doigts à plat la crosse de la saphène tout en faisant lever le sujet. La saphène reste vide. On cesse la compression, la saphène se remplit de haut en bas par reflux centrifuge : c'est le signe de Trendelenburg.

Donc le courant de la circulation saphénienne est complètement renversé : c'est le *réflexe descendant fémoro-saphénien*, élément constant qu'on retrouve toujours dans les varices constituées, élément capital qui va dominer toute la thérapeutique des varices.

2° *Rôle des communicantes :*

Un autre élément important de la physio-pathologie des varices se trouve dans les anastomoses qui unissent le système superficiel au système profond.

Dans ces communicantes qui à la jambe vont de la saphène aux tibiales postérieures et aux péronières, le sens du courant se dirige, grâce à la disposition valvulaire, de la superficie vers la profondeur. C'est grâce à elles que chez certains sujets variqueux la circulation de retour pourra être encore assurée. Par ses contractions répétées, dans la mar-

che par exemple, la musculature jambière postérieure pourra puissamment contribuer à la dérivation du sang de la saphène lequel, ne pouvant plus être versé directement dans la fémorale, empruntera la voie des veines profondes.

Ainsi le sujet étant debout, plaçons au milieu de la cuisse un lien élastique serré juste assez pour arrêter la circulation dans les veines superficielles, pas assez pour gêner la circulation veineuse profonde. On supprime ainsi le reflux saphénien. Faisons marcher le malade, les varices se vident, se dégonflent : c'est là l'épreuve de Delbet-Mocquot qui peut être négative, que les communicantes soient oblitérées ou que la circulation profonde soit supprimée en totalité ou en partie : (c'est le cas des varices post-phlébitiques).

Il est un autre cas, non admis par tous les auteurs, où cette épreuve serait négative : c'est le cas où des dispositions spéciales existeraient, communicantes avalvulées ou à valvules forcées. Ici, à l'occasion du travail musculaire, des efforts de la marche, de la course, de la station debout, la poussée sanguine s'exercerait, par l'intermédiaire des communicantes, de la profondeur vers la superficie : c'est « le coup de bélier musculaire » de Briquet et Delore, reflux ascendant, par opposition au « coup de bélier abdominal » de Trendelenburg, reflux descendant, que nous connaissons déjà.

Des auteurs comme Jeannel et Alglave font jouer à ce reflux musculaire profond un rôle considérable dans la production des varices et de leurs récidives après certains traitements. Sur lui ils fondent la raison majeure de la résection totale.

D'autres auteurs comme Delbet et Forgue le considèrent comme exceptionnel. Nous ne sommes pas loin de penser comme eux : aucun des vingt-deux variqueux, que nous citerons dans cet ouvrage, ne l'a jamais présenté.

Cependant il existe exceptionnellement un cas dans lequel le coup de bélier musculaire ne peut être nié : c'est lorsque le système veineux profond est oblitéré.

C'est donc essentiellement avec le reflux descendant qu'il faut compter pour le traitement des varices.

Si nous faisons un rapprochement entre ces notions de physio-pathologie et les notions anatomiques vues plus haut, nous pourrons conclure qu'à chaque stade anatomo-clinique de la maladie variqueuse doit correspondre un type de traitement et que, à quelque stade que soient parvenues les varices, le traitement devra comprendre un temps primordial, absolument nécessaire : *la cure de l'insuffisance valvulaire et du reflux inverse fémoro-saphénien pour le système saphène interne.*

EVOLUTION DES IDEES SUR LE TRAITEMENT DES VARICES DEPUIS LE DEBUT DU SIECLE

Depuis le début du siècle, diverses périodes se sont succédées durant lesquelles les idées et les conceptions sur le traitement des varices se sont orientées de façons différentes.

Ces périodes peuvent être shématiquement divisées en trois :

Période chirurgicale.
Période médicale.
Période actuelle, médico-chirurgicale.

Période chirurgicale :

C'est la période où règne la conception purement mécanique dans la genèse des varices.

Pour les auteurs tels que, Alglave et Terrier, parmi les causes entraînant le développement et l'extension progressive des varices superficielles, il en est deux primordiales, qu'il faut s'efforcer d'attein-

dre aussi complètement que possible ainsi que les lésions qu'elles ont contribué à former, si on veut obtenir une guérison durable. Ce sont :

1° Le reflux sanguin descendant, fémoro-saphénien.

2° La poussée sanguine allant des veines profondes vers les veines superficielles.

Trendelenburg et Schwartz ayant mis, nous avons vu par quelles épreuves, le reflux fémoro-saphénien en évidence, avaient pratiqué pour lutter contre lui, des opérations de ligatures simples ou étagées du tronc saphénien. On s'aperçoit dans ce début de siècle que ces interventions, qui peuvent être bienfaisantes, laissent subsister tout un réseau de veines malades à la faveur desquelles, par l'effet de la poussée sanguine profonde et par des anastomoses d'étage à étage, la situation antérieure se rétablit peu à peu. Ainsi d'après les auteurs qui soutenaient cette opinion, quand après une intervention chirurgicale de ligature ou de résection on parlait de « récidive », il s'agissait en réalité d'une « continuation ». On arrivait alors à la conclusion que la bonne opération était celle qui se proposait l'ablation aussi complète que possible des lésions ainsi que la recherche attentive et la ligature des communicantes qui avaient contribué à créer ces lésions.

A la même époque (1906) toujours pour porter remède au reflux fémoro-saphénien, Delbet préco-

nisait l'abouchement de la saphène au-dessous de la première valvule fémorale pour suppléer à la valvule ostiale insuffisante : c'est l'anastomose saphéno-fémorale, opération bien délicate.

PÉRIODE MÉDICALE :

Après la guerre de 1914-1918 on pense que la lésion initiale est, non plus valvulaire mais pariétale et plus tard même, des auteurs comme Delater font du processus variqueux une dystonie musculaire lisse d'origine endocrinienne. C'est à ce moment que la méthode des injections intra-variqueuses de substances sclérosantes est découverte par Sicard et réglée par ce même auteur avec son collaborateur Forestier. Le produit injecté agit directement sur la paroi veineuse par action irritative. Un mécanisme réactionnel d'ordre nerveux sympathique se produit : l'endothélium tuméfié et proliférant oblitère la lumière de la veine.

Cette pratique des injections sclérosantes ne tarde pas à susciter un enthousiasme presque général, et c'est la période où l'aiguille est reine.

Toutefois en octobre 1933 eut lieu à la Société de Chirurgie de Paris, une discussion serrée où il fut démontré que cette méthode était souvent suivie de récidives et parfois même d'accidents. Alglave qui fut un des plus grands animateurs de cette

discussion, pensait que les principales raisons de ces échecs et de ces accidents étaient imputables au rôle joué par les veines perforantes ou communicantes. D'après lui, le calibre de ces veines peu développé à l'état normal, serait susceptible de s'élargir considérablement. Celles-ci seraient alors capables de laisser passer vers les veines profondes et vers les réseaux veineux musculaires, les substances qu'on injecte dans les veines superficielles.

Les veines communicantes seraient également, d'après cet auteur, la cause, du moins en partie, des récidives, en permettant l'effet, renouvelé à toute contraction musculaire, de la poussée sanguine profonde sur les veines de la surface que le médicament sclérosant n'aurait pas réussi à oblitérer rigoureusement.

PÉRIODE ACTUELLE :

A l'heure actuelle c'est au reflux fémoro-saphénien que l'on attribue le rôle principal dans la pathogénie des varices. Il est évident que le traitement pour être logique et efficace doit se baser sur cette pathogénie. C'est justement parce que la méthode sclérosante en fait fi, qu'elle est si souvent suivie de récidive. L'aiguille ne traite que ce qui se voit, les sinuosités variqueuses. Elle oublie et délaisse complètement la correction du reflux saphénien.

Sans doute, il existe bien, au début de la maladie variqueuse, des ectasies veineuses légères sans insuffisance valvulaire du tronc principal. Mais les malades qui viennent nous consulter, atteints de varices constituées sont tous affligés du reflux fémoro-saphénien. A ce stade donc, vouloir uniquement scléroser les varices est faire œuvre absolument vaine, car sous l'action du reflux abdominal, les bienfaits de la sclérose ne tardent pas à disparaître.

Ainsi sur les vingt-deux malades, dont nous donnerons les observations, six avaient reçu antérieurement des injections sclérosantes, dont certains régulièrement depuis des années. Une amélioration passagère avait toujours suivi, mais, à une échéance plus ou moins lointaine, la sclérose s'était laissée forcer faisant place à la récidive.

On peut donc dire avec Vacheron que « si le danger est à la partie déclive du membre, le mal est presque toujours à la crosse de la saphène » et par conséquent « la fermeture de ce carrefour veineux est la clef de voûte du traitement ».

C'est donc, en définitive, la résection de la crosse et de tous ses affluents, la crossectomie de la saphène interne, qui doit être à la base du traitement actuel des varices.

TRAITEMENTS ACTUELS DES VARICES

Le système saphénien interne étant, nous l'avons vu, le plus fréquemment atteint, c'est son traitement qui retiendra surtout notre attention. Or, parmi les traitements, tant anciens que modernes, qui, se basant sur le grand principe de la correction du reflux fémoro-saphénien, sont logiquement efficaces, trois d'entre eux utilisés actuellement dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur Ducuing, ont donné des résultats fort satisfaisants. Quelque soit le stade anatomo-clinique atteint par les varices des malades qui viennent nous consulter, il semble qu'à l'aide de ces traitements rationnellement appliqués, nous puissions trouver un remède à leurs maux. Ce sont :

— la saphénectomie totale.
— la crossectomie.
— la méthode anglaise.

1° *La saphénectomie totale.*

Par expression de « Saphénectomie totale » nous comprenons l'intervention qui a pour but l'extir-

pation totale de l'un ou des deux troncs saphéniens d'un membre variqueux et celle de la plus grande étendue possible de leurs branches.

TECHNIQUE.

Nous ne donnerons ici qu'un résumé assez bref de sa technique, par ailleurs bien connue.

L'anesthésie peut être soit locale, soit régionale, par injection intrarachidienne, soit générale.

RÉSECTION TOTALE DE LA SAPHÈNE INTERNE.

Suivant la répartition des vaisseaux malades on peut faire une seule incision en deux temps, ou deux incisions.

a) Une seule incision :

Le membre étant placé en flexion légère avec le genou appuyé sur un coussin qui le soulève, on fait une seule incision en deux temps.

1er temps : temps crural :

L'incision a un tracé curviligne comme la saphène et va du niveau de la crosse de cette veine à celui du bord postérieur du condyle interne du fémur.

On recherche la crosse pour en pratiquer immédiatement la ligature.

On résèque la saphène et toutes ses branches fémorales sur cette hauteur puis on ferme cette première plaie.

2me temps : temps jambier :

On continue l'incision jusqu'au bord antérieur de la malléole interne.

Le réseau variqueux est largement mis à jour. On reprend le tronc saphénien au-dessous du moignon qu'on avait abandonné au point déclive de l'incision crurale. On attire ce moignon dans la plaie jambière. Il ne reste plus qu'à cliver de haut en bas au contact même de l'aponévrose jambière tout le réseau variqueux mis à découvert et la nappe cellulo graisseuse dans laquelle il se trouve encore soutenu. Le clivage est poussé jusqu'au devant de la malléole interne, cependant que les veines perforantes sont pincées, sectionnées et liées à leur point d'émergence. De même les rameaux veineux qui se trouvent dans le prolongement ultime de ceux qu'on réséque.

b) Deux incisions :

On fait deux incisions s'il y a lieu de poursuivre une ou deux grosses branches variqueuses sous la région antérieure du genou d'une part et vers la partie postérieure du mollet d'autre part.

RÉSECTION TOTALE DE LA SAPHÈNE EXTERNE.

L'incision part en haut un peu au-dessous du milieu du pli poplité et aboutit en bas un peu au-dessus de la malléole externe vers le bord postérieur de laquelle elle est dirigée. La saphène exter-

ne est découverte, extraite de son tunnel aponévrotique et réséquée aussi complètement que possible avec ses branches.

RÉSULTATS :

Nous pensons avec notre Maître, Monsieur le Professeur Ducuing, que la saphénectomie totale réalise une excellente opération et ceci pour plusieurs raisons :

— Cette opération supprime absolument toute communication possible des veines superficielles restantes en supprimant à la fois le reflux superficiel par excision de la saphène interne depuis sa crosse et le reflux profond musculaire (quand il existe) par la ligature de toutes les communicantes.

— Elle enlève complètement les varices.

— Elle donne des résultats fonctionnels excellents.

— La cicatrice qu'elle laisse est longue mais non inesthétique.

Les seuls inconvénients, qu'on pourrait lui reprocher, est qu'elle constitue une véritable opération demandant une anesthésie prolongée et une immobilisation de trois semaines environ. D'autre part elle est assez délicate, car si elle oublie une seule des collatérales de l'étoile veineuse, elle voit par un nouveau reflux son résultat compromis. Tel est le cas d'un de nos malades, ici présenté (obser-

vation N° 13) qui, saphénectomisé en 1914, est revu 30 ans après avec d'énormes récidives compliquées d'ulcère.

La saphénectomie totale nous paraît indiquée en présence des varices volmineuses et sinueuses, arrivées au troisième stade anatomoclinique : dilatation et déformation de la veine. A ce moment en effet, un retour des parois veineuses à leur état primitif, une fois le reflux abdominal combattu, ne peut plus être espéré.

Parmi les malades dont nous rapporterons plus loin les observations, cette intervention a été pratiquée quatre fois : trois fois d'un seul côté, chez des travailleurs qui voulaient guérir vite et ne voulaient pas s'astreindre aux injections sclérosantes successives (observations N° 3, N° 6, N° 9). Une fois des deux côtés chez une femme qui présentait des dilatations variqueuses énormes particulièrement nombreuses (observation N° 11).

On la trouve également appliquée dans trois autres cas quoique un peu modifiée car on ne poursuit pas alors l'incision et la résection jusqu'à l'origine de la veine. Ce sont des cas de varices anciennes très développées et compliquées d'ulcères (observations N° 10, N° 12, N° 13).

Dans tous les cas, elle a été suivie d'excellents résultats.

2° *La Crossectomie :*

Elle consiste à réséquer la crosse de la saphène avec la terminaison de toutes les veines afférentes par lesquelles se font les anastomoses avec le système veineux abdominal.

Technique de cette opération :

L'anesthésie peut être purement locale ; on peut avoir recours à la rachi anesthésie. Elle peut être générale si par exemple on opère les deux côtés dans la même séance.

L'incision commence à deux travers de doigts au-dessus de l'arcade crurale, à deux centimètres en dedans de l'artère fémorale qu'on sent battre ; elle suivra sur douze centimètres environ le trajet de la veine à un travers de doigt en dedans de l'artère. Il est bon de marquer la veille, le sujet étant debout, le trajet de la veine avec du nitrate d'argent pour la retrouver facilement chez les sujets gras.

Les tissus sont incisés jusqu'au fascia superficialis; c'est dans la partie inférieure de la plaie qu'il faut chercher et dénuder le tracé de la saphène. On fait cette dénudation de bas en haut avec la pince et les ciseaux fermés pour écarter les ganglions du triangle de Scarpa.

La veine une fois isolée, on ligature le bout distal, on pince le bout central, et l'on sectionne en-

tre la ligature et la pince. On dissèque toujours en remontant et chaque branche sera sectionnée entre deux pinces même les plus petites jusqu'à la crosse.

La dissection de la crosse doit être très soignée ; elle reçoit en dedans les deux veines honteuses externes, inférieure et supérieure, que l'on coupe et lie. La veine sous-cutanée abdominale, la circonflexe iliaque superficielle sont disséquées et réséquées.

En dehors on trouve de bas en haut les veines superficielles et les veines ganglionnaires.

Il faut dénuder la crosse jusqu'à la fémorale et voir une partie de la face antérieure de son tronc; il est fréquent de rencontrer une veinule anormale se jetant dans la crosse juste au niveau de la fémorale ; une seule veinule oubliée peut être cause de récidive.

On fait la ligature de la crosse à cinq millimètres de son embouchure et on la sectionne.

L'hémostase doit être très soignée. Quelques points au catgut rapprochent les tissus graisseux en les capitonnant. Il faut avoir soin de ne pas piquer dans les veines ligaturées. Suture terminée aux agrafes, sans drainage. Les soins post-opératoires sont des plus simples. Huit jours de repos, ablation des fils le huitième jour.

RÉSULTATS.

Si l'on a pris bien soin de lier aussi loin que possible toutes les collatérales de la crosse, cette opération constitue la cure par excellence de l'in-,suffisance valvulaire et du reflux addominal. De plus, c'est une intervention bénigne que l'on peut fort bien réaliser à l'anesthésie locale et par une courte incision dont la cicatrice sera à peine visible.

Mais son indication est limitée. Elle n'agit pas sur les lésions pariétales de la veine et si celles-ci sont trop avancées, les varices persisteront. On ne peut donc l'utiliser à elle seule que chez les malades dont les varices n'ont atteint que le premier stade anatomique de varices simplement ectasiées sans altération pariétale. Encore faut-il que les veines communicantes soientsuffisantes, ce que l'on vérifie par l'épreuve de Delbet. Dès lors, le reflux d'en haut étant supprimé, les vaisseaux simplement ectasiés vont récupérer leur tonicité musculaire et reprendre leur forme primitive. Il sera bon de les aider en cela par des épreuves de gymnastique rationnelle. On peut commencer à partir du douzième jour par la gymnastique de la marche (marche sur la pointe des pieds, marche avec projection des jambes à angle droit). L'exercice en plein air, la marche un peu rapide, suivie au retour d'un repos d'une heure les jambes élevées, pourra être

aussi un puissant adjuvant ainsi que l'hydrothérapie froide et les massages superficiels par effeurages.

Quant aux poches, aux sinuosités variqueuses dont la musculeuse a dégénéré, elles sont définitives. Ce sont celles-là qu'il faudra supprimer par les injections à potentiel peu élevé, multiples et échelonnées, pour obtenir une sclérose solide et uniforme.

Si elles sont trop nombreuses il faudra évidemment envisager une autre méthode de traitement.

Parmi les observations que nous avons relevées, nous voyons que cette intervention a été appliquée chez sept malades.

Six fois des deux c tés : observations n° 1, n° 2, n° 4, n° 7, n° 8 et n° 14.

Une seule fois d'un seul côté dans l'observation n° 5.

Chaque fois les résultats furent excellents et, à leur lever, les opérés n'avaient plus aucune sensation de lourdeur dans les jambes, ni des à coups d'hypertension à l'effort. Certaines varices furent même comme « aspirées » par la pompe musculaire des jumeaux (observation n° 7).

Les varices restantes de ces maldaes ont nécessité la sclérose. Tous, sauf deux, ont été revus à la

fin de leur traitement et même plus tard avec d'excellents résultats.

Signalons deux autres malades (observations n° 9 et n° 10) où la crossectomie fut appliquée d'un seul côté, mais où les varices, plus importantes que ce qu'elles avaient semblées être tout d'abord, ont nécessité une deuxième intervention : la méthode anglaise basse.

Ces deux intrventions sont d'ailleurs appliquées simultanément chez le malade de l'observation n° 15.

3° *Méthode anglaise.*

Les deux méthodes précédentes étaient expérimentées avc succès par M. le Professeur Ducuing et son assistant le Docteur Enjalbert, lorsque leur attention fut attirée sur une méthode utilisée par les auteurs anglais (Oldham, Dickson-Wright, Russel et Dodd) depuis quelques années et rapportée en France par Werquin (*Presse Médicale*, 22-6-46).

Nous reproduisons ici le passage de l'article de cet auteur concernant la technique de cette intervention basée à la fois sur les principes de la crossectomie et de la sclérose.

TECHNIQUE.

L'anesthésie est soit locale, soit générale.

a) Varice de la veine saphène interne.

Cas le plus fréquent donc le plus intéressant. On aborde le système saphène interne par deux incisions minimes, l'une à la racine de la cuisse, l'autre en avant de la malléole interne.

— Première incision.

Voici ce que Werquin écrit :

« Elle est parallèle au pli de flexion de la cuisse à un centimètre au-dessous de lui et son milieu est sur une perpendiculaire abaissée de l'épine pubienne. Trois à quatre centimètres de tracé suffisent chez les sujets maigres, cinq à six centimètres sont nécessaires chez les obèses. Dès le tissu cellulaire sous cutané franchi, on aborde la veine dont on dégage les branches et le confluent avec la veine fémorale. Il faut de suite s'assurer si le segment distal de la veine fémorale est perméable, sinon il vaut mieux s'abstenir, car la saphène est alors le système principal. Les branches sont coupées entre deux ligatures, puis la saphène est liée avec un fil solide, au ras de la fémorale, ceci pour éviter de laisser un cul de sac veineux où pourrait se former un caillot emboligène.

Une deuxième ligature solide est passée autour de la saphène deux centimètres plus bas mais non ser-

rée, elle sert de tracteur. Puis la veine est aux deux tiers sectionnée et une sonde urétérale est engagée dans la lumière vers le bas, des tractions légères sur la deuxième ligature empêchant l'hémorragie.

On parvient ainsi à cathétériser vingt à quarante centimètres de la veine, mais il faut manipuler la sonde avec beaucoup de douceur, car il est facile de transpercer la paroi veineuse et l'injection sclérosante se ferait alors à même les tissus avec des conséquences fâcheuses.

La sonde étant en bonne place, on y adapte une seringue, et l'injection sclérosante se fait en retirant doucement l'ensemble.

En principe, tous les agents sclérosants employés couramment peuvent servir : nous employons le sérum salé hypertonique à trente pour cent, à raison de vingt à quarante centimètres cubes, suivant la grosseur des varices.

Lorsque la sonde quitte la veine (en la retirant), l'injection doit être finie et l'aide doit serrer immédiatement la deuxième ligature pour éviter toute souillure de la plaie par le liquide sclérosant.

Enfin, le segment de la veine fémorale est sectionné entre les ligatures (il est prudent de faire une deuxième ligature à l'extrémité proximale).

La plaie est refermée et couverte par un pansement compressif. »

— Deuxième incision.

« Elle se fait aussi transversalement à cheval sur le bord antérieur de la malléole interne et n'a que deux centimètres. Elle conduit sur la veine saphène interne intimement unie à l'aponévrose profonde et parfois recouverte par les branches veineuses superficielles dont il faut la distinguer. Une fois la veine dégagée, même manœuvre qu'à la cuisse, mais cette fois en liant l'extrémité distale d'abord et en cathétérisant à la sonde vers le haut.

Une fois l'injection faite (vingt à trente centimètres cubes), et la sonde retirée toujours avec les mêmes précautions de ligature immédiate, il ne reste plus qu'à sectionner le segment veineux et à suturer la peau avec soin. »

Le résultat est perceptible dès la fin de l'intervention : on sent les gros cordons veineux thrombosés. Parfois, il subsiste un segment autour du genou où la sclérose n'est pas assez marquée : on peut faire une troisième section à la face antero-interne de la cuisse à un travers de main au-dessus de l'interligne articulaire du genou. Mais il est rare qu'on soit obligé de recourir à cette troisième action. Si quelques veines ont échappé à la sclérose, on peut compléter l'opération par une ou deux injections sclérosantes.

b) Varice de la veine saphène externe.

Werquin écrit :

« Une seule incision suffit. Elle suit le pli moyen de la flexion du genou. Le malade est couché à plat ventre ; un sac de sable placé sous le pied, donne un relachement musculaire suffisant.

Il faut inciser également l'aponévrose profonde, car la veine saphène externe la perfore à la partie inférieure de la surface poplitée et demeure sous elle jusqu'aux environs de l'interligne articulaire, avant de rejoindre la veine poplitée.

La veine est abordée, dégagée et ses branches sont liées. Puis elle-même est liée, injectée vers le bas et sectionnée comme pour la veine saphène interne.

Mais l'intervention est relativement plus difficile du fait de la profondeur à laquelle elle se trouve et des branches du nerf sciatique poplité interne qui peuvent se trouver intimement liées à la veine. »

c) Varices des veines communicantes.

Elles se révèlent à l'examen clinique du malade par un orifice aponévrotique élargi qui donne à la palpation l'impression d'une boutonnière.

Seules celles du tiers inférieur de la jambe nécessitent une intervention directe : une petite incision locale suffit pour sectionner la communicante entre deux ligatures et refermer l'orifice aponévrotique.

Quarante-huit heures après l'intervention, on peut faire lever le malade.

RÉSULTATS :

Nous verrons plus loin qu'ils sont fort satisfaisants.

D'ailleurs, cette méthode présente de multiples avantages :

— Ce sont des interventions bénignes pouvant être pratiquées sous anesthésie locale, non choquantes, donc très facilement acceptées par le malade.

— Elles n'entraînent qu'une immobilisation réduite.

— Elles sont rapides — souvent une seule séance suffit.

— Les cicatrices seront de petites dimensions, peu visibles.

— Elles peuvent réaliser des combinaisons variées. En effet, les insuffisances valvulaires peuvent siéger à la terminaison de la veine saphène interne ou de la veine saphène externe, ou au niveau des veines communicantes et les combinaisons de ces insuffisances isolées ou simultanées permettent de distinguer différentes éventualités. On peut également combiner cette intervention avec diverses méthodes tant médicales que chirurgicales.

— Ici, les injections sclérosantes, en raison même

de la technique, ne sont plus passibles des reproches faits à la méthode de Sicard. Ainsi, elles présenteront :

a) Une sécurité absolue.

On a beaucoup reproché aux injections phlébosclérosantes de déterminer des escarres souvent rebelles, celles-ci survenant non seulement aux mains de médecins peu familiarisés avec l'injection mais même parfois chez des praticiens ayant l'habitude de ce traitement un peu spécial. Escarre à craindre avec des substances nombreuses et variées d'autant plus que les solutions utilisées actuellement sont très fortes pour que leur action sclérosante soit vraiment efficace. Des concentrations de 30 à 40 %, sont devenues en effet presque habituelles pour le salicylate de soude. On conçoit que la formation d'escarre ne soit pas exceptionnelle : quelques gouttes dans la périveine suffisent.

Dans la méthode anglaise, l'injection étant faite par une sonde engagée dans la lumière même de la veine, et sous le contrôle de la vue, tout risque d'escarre est écarté et la sécurité est pour ainsi dire absolue.

Autre danger que l'on redoutait bien plus autrefois qu'actuellement : c'est le danger d'embolie par migration d'un caillot. La ligature et la section permettent de l'éviter avec certitude : elles interrom-

pent en effet la veine en aval de la phlébite médicamenteuse.

b) Une intensité plus grande d'où rapidité du traitement.

La ligature isole le bout périphérique de la veine du bout central. La solution sclérosante injectée dans le bout périphérique va, dès lors, localiser son action précisément sur le tronçon de veine dilatée, au lieu que dans l'injection intravariqueuse selon la technique de Sicard, la substance médicamenteuse était libre dans toute l'étendue de la veine. C'était précisément pour obvier dans une faible mesure d'ailleurs, à cet inconvénient, que l'on conseillait de comprimer la veine un peu en aval de la piqûre, dans les quelques instants qui suivent l'injection.

L'action médicamenteuse étant ainsi limitée, l'atteinte de l'endoveine est intense et étendue. Aussi le processus de sclérose atteint fréquemment quinze à vingt centimètres de longueur. Une seule injection après ligature, remplace dès lors trois à cinq injections faites selon la technique de Sicard.

— Cette intervention combat à la fois :

Le reflux par la crossectomie.

Les liaisons pariétales veineuses par la sclérose.

Elle sera indiquée pour les varices constituées ayant atteint le deuxième stade de leur évolution

anatomo-pathologique : varices dilatées avec altération des parois pour lesquelles aucun espoir de retour à l'état antérieur, une fois le reflux abdominal corrigé, ne subsiste.

Il faut signaler cependant un petit inconvénient constant : l'injection du liquide sclérosant est douloureuse, car la veine réagit par un spasme pendant toute la durée de l'injection. Quelques spasmes et de la périveinite peuvent se produire les jours suivants, exactement d'ailleurs comme après les injections sclérosantes. Nos observations sont encore trop peu nombreuses et trop récentes, pour permettre un jugement définitif, mais elles peuvent être étayées par celles des auteurs anglais et en particulier celle de Dodd, qui cite 500 malades opérés et suivis sur une période de 10 ans sans récidive.

Cette intervention fut appliquée chez sept de nos variqueux, six fois d'un seul côté (observations n° 12, 13, 17, 20, 21, 22).

Deux fois des deux côtés (observations n° 14 et n° 16).

Cette méthode très souple se prête à des combinaisons variées. C'est ainsi, nous l'avons déjà vu d'ailleurs, qu'une seule des deux incisions habituelles de la cure complète, celle de la malléole, est utilisée chez trois de nos malades (observations n° 9, n° 10, n° 15) : c'est l'intervention que nous intitu-

lons « méthode anglaise basse » et qui est associée à la crossectomie du même côté.

De même, seule l'incision à la racine de la cuisse, intervention que nous nommons « méthode anglaise haute », est utilisée chez trois malades (observations n° 18, n° 19, n° 21). Dans tous les cas, les résultats donnés par cette intervention se révèlent fort satisfaisants.

La guérison est très rapide, la sclérose survenant dans les deux ou trois jours ou même immediatement. C'est une intervention bénigne, les suites opératoires sont en général sans histoire. Cependant nous relevons parmi les observations :

— Une miction sanglante sans lendemain, après une intervention bilatérale qui avait nécessité quatre injections de 25 cc. de sérum hypertonique. Les examens préopératoires n'avaient pourtant rien révélé d'anormal au point de vue rénal (observation n° 14).

— Une congestion cutanéo-muqueuse avec réaction urticarienne de courte durée. Mais l'injection du liquide avait été faite trop rapidement (observation n° 15).

4° *Méthodes combinées.*

Entre les divers traitements actuels des varices peuvent s'établir de multiples combinaisons qui permettent la cure radicale des varices ou de leurs complications, avec d'heureux et rapides résultats.

La méthode anglaise est particulièrement apte à se combiner avec les divers autres traitements. C'est ainsi que nous la voyons, sous forme de méthode anglaise basse, associée à plusieurs reprises à la crossectomie du même côté (observations n° 9, n° 10, n° 15). Ces deux interventions combinées permettent à la fois, l'une la cure radicale du reflux descendant fémoro-saphénien, et l'autre par une sclérose immédiate, la cure des varices et, par suite, des troubles que celles-ci occasionnent, si le tout est particulièrement développé dans la partie jambière du système saphène interne. De même nous la voyons, sous forme cette fois, de méthode anglaise haute, associée à une deuxième incision latérale au niveau du genou, permettant l'exérèse d'un gros paquet variqueux (observation n° 21). Ce dernier trop volumineux pour pouvoir disparaître sous l'effet de la méthode anglaise complète est de cette façon rapidement guéri ainsi que l'ulcère qui l'accompagnait. Quant à la méthode anglaise haute, elle s'est chargée de la sclérose des varices restantes et de la correction du reflux abdominal.

Cette dernière intervention peut être également associée à une sympathectomie périfémorale pour la guérison d'un ulcère. Tel est le cas du malade de notre observation n° 19. Elle remplace alors la saphènectomie crurale qui est habituellement associée à cette sympathectomie en cas d'ulcère, et qui est une intervention certainement toujours plus

sérieuse. Cette dernière association a été faite cependant chez trois de nos malades (observations n° 10, 12, 13), dont les varices avaient atteint un stade trop avancé pour bénéficier de la seule méthode anglaise. D'autres éventualités, que celles rencontrées chez nos malades, auxquelles pourront correspondre d'autre combinaisons entre les divers traitements, pourront se présenter au praticien chargé d'y faire face. C'est à ce dernier à faire son choix et à l'appliquer avec opportunité.

DIAGNOSTIC
ET INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Nous allons essayer dans ce chapitre de poser quelques bases pratiques sur lesquelles pourront reposer le diagnostic et par suite le traitement des varices.

Tout d'abord, les conditions préalables à l'intervention sont :

1°) Un bon examen clinique du malade et une étude minutieuse de son hydraulique circulatoire.

L'examen peut rêvéler un état variqueux encore occulte, grâce aux troubles fonctionnels qui l'accompagnent. Il peut mettre en évidence le siège des varices, si elles sont constituées et leur état anatomique. Il sera complété par les diverses épreuves révélatrices du reflux fémoro-saphènien.

2°) La recherche d'une contre-indication quelconque à la cure des varices ainsi diagnostiquées.

Sans compter les contre-indications habituelles de la grossesse, lésions cardiaques, rénales, et hépati-

ques graves, il existe des cas où les varices sont à respecter. Ce sont les varices consécutives à une tumeur pelvienne et à une phlébite antérieure.

Dans ces cas, en effet, ces varices peuvent être dites de suppléance, de compensation. Les veines correspondantes ont rétabli la circulation du sang veineux que le système profond, oblitéré, ne laissait plus passer. Sous l'hyperpression alors subie, leurs parois se sont distendues, les valvules sont devenues insuffisantes et les varices se sont ainsi constituées.

Cependant, pour les varices post-phlébitiques, il est des cas où l'on peut et où l'on doit appliquer le traitement même des varices essentielles, c'est lorsque les vaisseaux profonds retrouvent leur perméabilité, ce qui arrive parfois, les veines dilatées ne récupérant pas pour cela un calibre normal, et l'insuffisance valvulaire persistant avec tous ses effets nocifs.

En résumé, en présence de varices, il faut avant d'entreprendre n'importe quel traitement, s'assurer de la perméabilité du système veineux profond.

Par quels moyens ?

a) Par des moyens cliniques.

L'interrogatoire du malade permet de suspecter cette perméabilité si quelque antécédent de phlébite est retrouvé ou soupçonné. Ainsi des varices

bilatérales, survenues à un jeune âge, sont presque toujours des varices essentielles. Par contre, des varices unilatérales et surtout du côté gauche, survenues après un accouchement, ou une opération, doivent faire penser à des varices post-phlébitiques, la phlébite originelle pouvant d'ailleurs être complètement passée inaperçue. L'épreuve de Delbet-Mocquot, déjà décrite, peut aider également à résoudre le problème.

b) Par des moyens radiologiques.

Il n'est pas douteux que c'est le moyen le plus sûr. Seule, la phlébographie permettra, en effet, de distinguer avec certitude si le système profond est oui ou non perméable. Elle peut même donner des renseignements sur le siège de l'obstruction, la valeur et la nature de l'obstacle.

Cette méthode consiste à injecter dans le système veineux, une substance opaque aux rayons X.

Depuis longtemps (1927) cette méthode avait été étudiée du point de vue expérimental, par notre Maître, le Professeur Ducuing, dans son livre « Phlébites, Thromboses et Embolies post-opératoires ». Elle fut codifiée et appliquée chez l'homme, par J. Dos Santos (1938).

Cette méthode est pratiquée systématiquement dans le service de Monsieur le Professeur Ducuing,

depuis plusieurs mois, lorsqu'on a le moindre doute sur la perméabilité vasculaire du système profond. Nous donnons ici trois observations (observations n° 23, 24, 25), de malades variqueux, chez lesquels elle fut appliquée. La dernière de ces observations montre combien elle peut être précieuse, car elle a permis d'éviter à un malade par ailleurs peu atteint, sans antécédent phlébitique certain, un traitement qui aurait été voué à l'échec, sinon à de graves déboires.

Ces conditions préalables étant remplies, le traitement appliqué variera selon l'état anatomique des varices du malade.

— Dans les varices au début, la crossectomie est la méthode de choix. Elle sera suivie de gymnastique et de sclérose des varices persistantes si besoin est.

— Les varices constituées sont l'indication majeure de la méthode anglaise.

— Les varices géantes relèvent de la saphénectomie totale.

— Enfin, dans les varices compliquées d'ulcère, on préconise la saphénectomie crurale associée à la sympathectomie périfémorale. L'ulcère variqueux est un trouble trophique qui provient de ce que la circulation de retour se faisant mal, le sang stagnant se charge en déchets de la vie cellulaire

d'où il résulte une toxémie locale portant sur tous les tissus. Ces deux interventions ainsi associées luttent contre le reflux abdominal, améliorent la circulation de retour et modifient ainsi les conditions de nutrition des tissus.

Mais ici encore, il faut distinguer cet ulcère variqueux vrai de l'ulcère post-phlébitique que l'expérience révèle d'ailleurs le plus fréquent. Ce dernier résulte alors de troubles trophiques dues à une altération des nerfs se rendant à la paroi veineuse, altération provenant de l'irritation de cette paroi par la phlébite. Ici encore, c'est la phlélographie qui permettra de rapporter l'ulcère à sa véritable cause et de lui opposer un traitement efficace.

OBSERVATIONS

Observation n° 1

M. A..., âgé de 30 ans, cultivateur.

Mère variqueuse.

Il connaît ses varices depuis 10 ans (visite d'incorporation).

Depuis 5 ans, il souffre de troubles fonctionnels : lourdeur des jambes et œdème malléolaire à gauche.

Ces troubles augmentent avec la fatigue, diminuent avec le repos. Ils sont plus marqués depuis son retour de captivité.

L'examen du 13 novembre 1945 montre :

à gauche : varices de la veine saphène interne.

a droite : mêmes varices mais moins accentuées.

Les épreuves de Delbet et de Trendelenburg sont positives des deux côtés.

L'intervention du 14 novembre 1945 par le Docteur Enjalbert comprend, après une anesthésie générale à l'éther, une crossectomie bilatérale.

Au lever du malade, les troubles fonctionnels sont nettement améliorés. On note seulement quelques spasmes veineux et une légère périveinite à

gauche, disparaissant au repos. Il sort cicatrisé le dixième jour.

Revu un mois après, le malade présente une grosse amélioration fonctionnelle. Les injections sclérosantes des varices restantes sont mises en œuvre.

Les résultats sont excellents.

Observation n° 2

Mme L...; âgée de 29 ans.

Les varices bilatérales ont débuté à l'âge de 15 ans. Elles sont traitées par des injections sclérosantes au cours desquelles tous les produits sont essayés. On en fait six ou sept régulièrement tous les ans.

Depuis une grossesse datant de 1939 la malade souffre de gros troubles trophiques, de lourdeur, de fatigue, le reflux à l'effort, de douleur et d'œdème.

L'intervention du 20 novembre 1945 par le Docteur Enjalbert comprend, après une anesthésie générale à l'éther, une crossectomie bilatérale.

Au lever de la malade l'amélioration fonctionnelle est considérable. Presque tous les troubles ont disparu. Cinq ou six injections sclérosent les varices restantes.

La malade revue régulièrement depuis, présente toujours de très bons résultats.

Observation n° 3

M. T..., âgé de 47 ans, cultivateur.

Père variqueux avec ulcères.

Lui-même connaît ses varices depuis 20 ans.

Les troubles fonctionnels débutent il y a 10 ans par quelques douleurs à la jambe et à la cheville droite, un œdème malléolaire, de la lourdeur du même côté. Le port de bas à varices soulage le malade.

En septembre 1945 les douleurs deviennent insupportables et sont accompagnées de troubles trophiques.

Hospitalisé le 10 octobre 1945, son examen révèle :

A droite : une jambe légèrement augmentée de volume avec une peau sèche, violacée. Elle présente de grosses varices sur sa face interne, et les signes de Schwartz et de Trendelenburg sont positifs.

A gauche : petites varices sur la face interne de la jambe et de la cuisse.

L'intervention du 19 décembre 1945 par le docteur Ficat est pratiquée sous forme d'une saphénectomie totale gauche. Les suites sont normales et les résultats bons.

Observation n° 4

Mme S..., âgée de 33 ans.

Depuis 5 ans à la suite d'une grossesse, apparaissent des varices bilatérales accompagnées des deux côtés de douleur et d'œdème. L'examen du 21 janvier 1946 montre des varices bilatérales avec de gros paquets à la face interne du mollet gauche.

L'intervention faite le 28 mars 1946 par le Docteur Enjalbert est une crossectomie bilatérale sous anesthésie générale à l'éther.

Les suites sont normales. Les injections sclérosantes complémentaires sont entreprises.

La malade revue le 6 juin 1946 présente une amélioration fonctionnelle considérable avec une disparition complète du paquet variqueux de la jambe gauche.

Observation n° 5

Mlle F..., âgée de 21 ans.

Des varices du membre inférieur droit ont débuté à l'âge de 17 ans. En 1942 on les traite par des injections sclérosantes qui provoquent la formation d'une escarre.

L'examen du 23 février 1946 montre qu'il y a eu récidive. Les varices sont très développées et forment un paquet variqueux à la face interne de la jambe ainsi qu'à la face postérieure de la cuisse.

Elles s'accompagnent de troubles trophiques (œdème, cyanose) et de troubles fonctionnels tels que pesanteur, fatigue rapide. Les épreuves habituelles sont positives.

L'intervention du 1er avril 1946 par le Docteur Enjalbert est une crossectomie droite suivie de bons résultats.

Observation n° 6

M. T..., âgé de 27 ans, cultivateur.

Il y a cinq ans, le malade commence à souffrir de crampes et d'un œdème malléolaire à la jambe gauche. Puis apparaissent les premières varices à la partie supérieure de la veine saphène interne qui s'étendent ensuite à tout le membre inférieur gauche. En même temps apparaissent des varices moins marquées du côté droit.

L'examen à l'entrée montre une grosse dilatation de tout le réseau veineux du système saphène interne à gauche avec des paquets variqueux à la face interne du mollet. A droite le système saphène interne est peu touché mais il existe des paquets variqueux sur le mollet.

L'intervention du 10 avril 1946 par le Docteur Lapeyrère est une saphénectomie totale gauche. Les suites sont normales et le malade sort très amélioré le 2 mai 1946.

Observation n° 7

Mme R..., âgée de 48 ans, professeur.

Les troubles débutent il y a 12 ans par des varicosités. Depuis quinze jours à la suite d'une fatigue provoquée par la station debout prolongée, apparaissent des douleurs et une augmentation des signes physiques.

L'examen montre, des deux côtés, des paquets variqueux surtout marqués à la face interne des jambes et des mollets. Les crosses des veines saphènes internes sont nettement perceptibles. Les épreuves de Delbet et de Trendelenburg sont positives.

L'intervention le 11 mai 1946 par le Docteur Ficat est une crossectomie bilatérale.

Les suites sont normales. La malade se levant au deuxième jour voit ses varices comme « aspirées » et les troubles fonctionnels ont disparu. Elle sort le 20 mai 1946.

Observation n° 8

M. S..., âgé de 22 ans, dessinateur.

Il présente des varices bilatérales depuis 4 ans. Il ne souffrait d'aucun trouble sauf d'une fatigue surtout de la jambe gauche.

Il y a six mois, il est traité par les injections sclérosantes, deux mois après la récidive se produit.

A la date du 13 mai 1946 l'examen montre que la récidive a eu lieu sur la face postéro interne du mollet gauche, sur la face interne de la jambe droite et aux cuisses où l'on voit de grosses veines saphènes internes ainsi que de grosses collatérales.

L'intervention le 20 mai 1946 par le Docteur Enjalbert est une crossectomie bilatérale sous anesthésie générale à l'éther.

Les suites sont normales.

Revu le 28 juin le malade présente une amélioration très nette. La sclérose des ampoules et varices restantes est commencée. Bons résultats.

Observation n° 9

Mme F..., âgée de 37 ans.

Les varices ont débuté à l'âge de 17 ans, après une première grossesse puis elles se sont étendues progressivement. Elles sont bilatérales et s'accompagnent de douleurs, surtout au mollet gauche, et de troubles trophiques.

L'examen en mai 1946 montre des varices bilatérales particulièrement développées à gauche. De ce côté, au 1/3 inférieur de la jambe, on constate de l'œdème et de la périveinite. Les épreuves concernant le reflux abdominal sont positives pour les deux membres.

Intervention le 22 mai 1946 par le Docteur Enjalbert qui pratique une saphénectomie totale gauche et une crossectomie droite. Sous-rachi anesthésie.

Le 3 août 1946 les résultats sont bons mais les varices persistent à la jambe droite. Le Docteur Enjalbert fait alors une résection de l'origine de la saphène et la cure des varices par la méthode anglaise basse.

Les varices disparaissent complètement et la malade revue à plusieurs reprises présente toujours d'excellents résultats.

Observation n° 10

M^me^ M..., âgée de 34 ans.

Ses varices ont débuté il y a huit ans après une grossesse.

Il y a trois ans se produit après un traumatisme un ulcère variqueux à la face interne de la cheville gauche. Au moment de son hospitalisation l'examen montre des varices bilatérales mais plus développées à gauche. Les épreuves habituelles sont positives pour les deux membres.

L'intervention du début de juin 1946 par le Docteur Enjalbert et pratiquée sous rachi anesthésie, comprend :

A gauche : sympathectomie périfémorale.
Saphénectomie jusqu'à l'ulcère.

A droite : crossectomie et injections de salicylate de sodium à la seringue dans le bout distal de la veine.

Revue le 13 août 1946, les résultats sont fort satisfaisants : l'ulcère est cicatrisé, les varices ont disparu à gauche. A droite elles persistent à la jambe et sont alors traitées par la méthode anglaise basse.

Bons résultats.

Observation n° 11

M^me^ R..., âgée de 30 ans.

Les varices débutent en 1933 après une grossesse. Elles augmentent à chaque grossesse consécutive.

L'examen de juin 1946 montre d'énormes varices bilatérales surtout très développées à gauche où la crosse de la veine saphène interne est très perceptible, du volume d'une noix et réductible. Les troubles fonctionnels sont au maximum.

Une première intervention le 4 juillet 1946 est faite par le Docteur Enjalbert qui pratique sous anesthésie générale à l'éther, une saphénectomie totale gauche.

Une deuxième intervention a lieu quinze jours après. Egalement sous anesthésie à l'éther le Docteur Enjalbert fait alors une saphénectomie totale droite.

Les suites sont normales, les résultats bons.

Observation n° 12

Mme A..., âgée de 51 ans.

L'examen montre des varices anciennes bilatérales considérables, avec un ulcère variqueux à la jambe gauche.

Une première intervention le 8 août 1946 par le Docteur Enjalbert sous anesthésie générale à l'éther comprend :

Une sympathectomie périfémorale gauche.

Une saphénectomie gauche jusqu'au genou.

Une deuxième intervention le 22 août 1946 par le même opérateur est une méthode anglaise complète du côté droit après une anesthésie locale.

Les résultats sont bons.

Observation n° 13

M. T..., âgé de 55 ans.

Le malade depuis longtemps atteint de varices avait subi en 1914 une saphénectomie partielle droite.

En 1943 se produit une récidive avec œdème périveinite et ulcère de la face interne de la jambe droite. A gauche les varices se sont développées et sont parvenues à l'état de varices constituées au moment de l'examen.

Une première intervention le 1er septembre 1946 est faite sous anesthésie locale par le Docteur Enjalbert, c'est :

Une sympathectomie périfémorale droite et une exérèse de la saphène interne droite restante et en particulier de la crosse qui avait été laissée en place dans l'intervention antérieure.

Une deuxième intervention le 20 septembre 1946 par le même opérateur et à la locale également, est, à gauche, la cure par la méthode anglaise. Résultats parfaits.

Observation n° 14

M. R..., âgé de 40 ans.

Il connaît ses varices depuis vingt ans.

L'examen du 14 mai 1946 montre des varices énormes, bilatérales avec des veines saphènes internes volumineuses. Le reflux à l'effort est important, surtout à droite. Les épreuves de l'insuffisance valvulaire sont des deux côtés positives.

L'intervention (12 octobre 1946) sous rachi-anesthésie est faite par le Docteur Enjalbert qui pratique une crossectomie bilatérale avec une résection de l'origine de la saphène interne et la sclérose immédiate par la méthode anglaise (100 cc. de sérum).

A la suite de cette intervention, le malade présente une miction sanglante, sans lendemain.

L'amélioration fonctionnelle est considérable. Toutes les varices sont sclérosées en 48 heures.

Observation n° 15

M. P..., âgé de 23 ans.

Le 18 octobre 1946 l'examen du malade montre des varices au mollet droit, appartenant au système saphène interne avec une grosse varice à direction postérieure qui disparaît dans un orifice aponévrotique dont on sent le collet.

L'intervention du 20 octobre 1946 est faite par le Docteur Enjalbert sous anesthésie locale. Il est pratiqué une crossectomie droite et une méthode anglaise basse du même côté. Après l'injection de 20 cc. de sérum, hypertonique, le malade fait une crise du type mitritoïde (injection trop rapide).

La sclérose se fait en deux jours.

Le malade revu dernièrement présente toujours de fort bons résultats.

Observation n° 16

M^me^ C..., âgée de 35 ans.

Elle a subi une ovariectomie en 1938 et une appendicectomie en 1940. Pas de phlébite.

Elle connaît des varices depuis douze ans.

Hospitalisée le 6 février 1947 l'examen montre des varices importantes du système saphène interne des deux côtés mais surtout marquées à droite. Elle est atteinte de gros troubles fonctionnels et les épreuves de l'insuffisance valvulaire sont positives.

L'intervention (12 février 1947) est faite par le Docteur Enjalbert qui pratique la cure des varices bilatérales par la méthode anglaise.

Une réaction de périphlébite importante surtout à gauche survient et dure huit jours. Puis l'amélioration est rapide et la sclérose des varices est totale à la sortie de la malade de l'hôpital.

Observation n° 17

M. J..., âgé de 39 ans.

Père variqueux.

Variqueux lui-même depuis dix ans du côté gauche.

En 1937 on le traite par les injections sclérosantes. Deux ans après se produit une récidive des varices et l'apparition d'un ulcère à la jambe.

A l'examen on voit des varices du système saphène interne gauche assez marquées.

L'intervention (19 février 1947) par le Docteur Ficat sous forme d'une cure des varices par la méthode anglaise, a des suites normales et le malade sort guéri le 7 mars 1947.

Observation n° 18

M^me^ X..., âgée de 20 ans.

Mère variqueuse (Observation n° 9).

Varices légères de la face interne du mollet gauche depuis 3 ans. Signes fonctionnels peu marqués. Intervention le 12 mars 1947 par le Docteur Enjalbert sous anesthésie locale : méthode anglaise haute.

Bons résultats.

Observation n° 19

M. S..., âgé de 48 ans, manœuvre.

L'examen montre des varices du système saphène interne gauche avec ulcère et troubles trophiques.

La phlébographie ne montre pas d'oblitération du système veineux profond.

Intervention le 1er avril 1947 par le Docteur Ficat qui pratique, sous anesthésie locale, une sympathectomie périfémorale et une méthode anglaise haute.

La sclérose est immédiate. L'ulcère guérit en dix jours.

Observation n° 20

Mme V..., âgée de 40 ans, fille de salle.

Opérée d'une salpyngectomie en 1933, d'une appendicectomie en 1934, elle n'a pas présenté de phlébite.

Depuis vingt ans elle souffre de varices du système saphène interne gauche.

Actuellement elle est atteinte de quelques troubles fonctionnels et les épreuves classiques sont positives à gauche.

Intervention le 9 avril 1947 par le Docteur Ficat; cure par la méthode anglaise complète gauche. Sclérose au bout de trois jours. Suites normales.

Observation n° 21

M. C..., âgé de 42 ans, contremaître.

Atteint de varices depuis l'âge de 17 ans, il ne présente aucun antécédent de phlébite.

En 1941 apparaît un ulcère à la jambe gauche. Il y a un an, il est traité sans résultat par les injections sclérosantes. Un traitement spécifique est essayé sans résultats également.

Actuellement il présente un énorme paquet variqueux aux deux membres et un ulcère sus malléolaire interne gauche.

Une phlélographie faite le 25 avril 1947 montre un système veineux profond normal.

Une première intervention est faite le 26 avril 1947 sous rachi-anesthésie par le Docteur Lapeyrère :

Méthode anglaise haute gauche.

Exérèse d'un gros paquet variqueux par une deuxième incision latérale interne au niveau du genou gauche.

Une deuxième intervention le 23 mai 1947 par le Docteur Lapeyrère également :

Méthode anglaise complète droite.

Observation n° 22

Mme G..., âgée de 25 ans.

Souffre de varices du côté gauche depuis l'âge de 16 ans. Dans ses antécédents aucun accident de phlébite n'est à signaler.

Il y a un an les injections sclérosantes sont mises en œuvre, sans résultat.

Hospitalisée le 19 mai 1947, l'examen montre des varices du système saphène interne gauche surtout

développées au niveau de la jambe avec des épreuves classiques positives. La malade se plaint de douleur, de lourdeur et de tension dans les mollets qui augmente avec les règles.

Le 23 mai 1947 opération par le Docteur Enjalbert :

Méthode anglaise complète à gauche.

Bons résultats.

Observation n° 23

Mme P..., âgée de 40 ans.

Depuis l'âge de 20 ans souffre de varices bilatérales surtout marquées à droite. Pas de phlébite antérieure.

Hospitalisée le 14 janvier 1947, une varicographie est pratiquée le 18 janvier 1947 par injection de la veine saphène interne sous stase. Celle-ci montre à la jambe une image très nette de varices et à la cuisse l'injection du système saphène interne et de la veine fémorale par récurrence (Cliché n° 1).

L'intervention proposée est refusée par la malade.

Observation n° 24

Mme B..., âgée de 36 ans.

Est atteinte de varices du côté gauche depuis l'âge de 24 ans. Elle n'a pas d'antécédent de phlébite antérieure mais elle a eu une typhoïde à l'âge de 20 ans.

Le 30 octobre 1946 elle a présenté une rupture sous-cutanée d'une varice à la suite de laquelle est apparu un phénomène dyspnéique et angoissant

Elle est hospitalisée le 28 février 1947. Elle se plaint actuellement de douleurs au niveau du genou et du talon et l'examen révèle des varices de la veine saphène interne à la partie supérieure de la jambe et à la face interne du genou. Les épreuves classiques sont positives. L'oscillométrie est normale.

Une phlébographie de la veine spahène externe sous stase est faite. Elle montre un système veineux normal (cliché n° 2).

Intervention (Docteur Enjalbert), méthode anglaise haute qui fait disparaître tous les troubles.

Observation n° 25

M. C..., âgé de 49 ans, armurier.

Il y a deux ans, en sautant un fossé, il ressent un coup de fouet violent au mollet droit. A la suite de cela, se produit une augmentation légère du membre inférieur et l'apparition de varices.

Actuellement, on constate des varices développées à la jambe dans le domaine du système saphène interne qui s'accompagnent d'une sensation de gêne, de lourdeur dans le mollet.

Le 8 mai 1947, une phlébographie sous stase du système saphène externe montre un système veineux très grêle et la substance de contraste est dérivée

vers la veine saphène interne et la veine poplité par deux gros canaux collatéraux. Il n'y a pas d'injection du système jambier profond. A la cuisse, la veine femorale est nettement visible (cliché n 3).

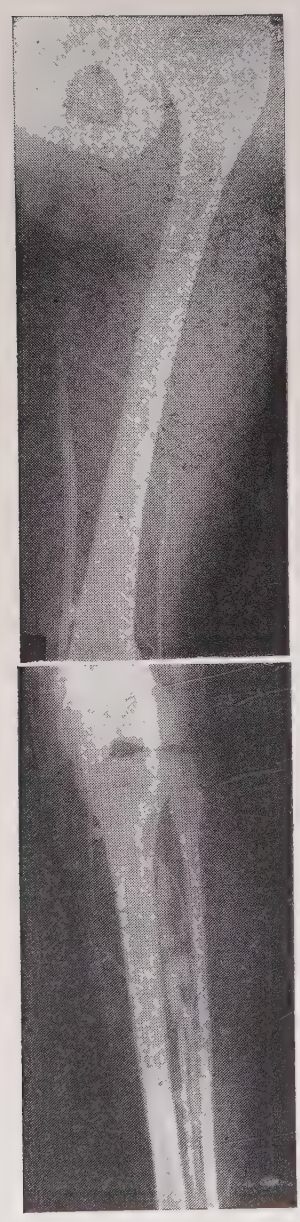
D'après ce cliché, on pense à une oblitération des veines du mollet.

On pratique un deuxième examen de phlébographie sous stase dans la veine saphène interne. On peut voir l'injection de la veine saphène interne et des varices qui, par les perforantes, vont remplir le système veineux profond (cliché n° 4). Donc les varices sont des veines de suppléance consécutives à une oblitération ancienne des veines du mollet.

Malade à ne pas traiter.

CLICHE N° 1

Injection de la saphène interne sous stase
à la jambe : varicographie
à la cuisse : injection de la saphène interne et de la fémorale.



CLICHE N° 2

Injection de la saphène externe sous stase
à la jambe : injection du système profond et de la poplitée ;
à la cuisse : injection de la fémorale et de la saphène interne.

CLICHE N° 3

Injection de la saphène externe sous stase :
Pas d'injection du système jambier profond. Deux collatérales musculaires remplissent la poplitée.

CLICHE N° 4

Injection de la saphène interne sous stase :
Injection du système variqueux qui remplie le système cruro-jambier profond.

CONCLUSION

1° Nous avons essayé de démontrer en suivant l'évolution des idées sur la pathogénie et le traitement des varices depuis le début du siècle jusqu'à nos jours comment nous sommes arrivés à notre conception actuelle et à la conclusion suivante que tout traitement de cette maladie, pour être logique et efficace, doit comprendre un temps primordial absolument nécessaire ; la cure de l'insuffisance valvulaire.

2° Mais cette cure ne peut être indistinctement entreprise chez n'importe quel malade où l'on a fait le diagnostic de varices. Chez certains d'entre eux, en effet, tout traitement serait inexorablement suivi d'échec et même d'accidents fâcheux. Tel est le cas des malades atteints de varices dites de « suppléance » résultant d'une oblitération de leur système veineux profond. Donc avant d'entreprendre la cure des varices chez un malade, il faut s'assurer de la perméabilité de son système veineux profond et pour cela, le moyen le plus sûr, se révélant ainsi d'une importance primoridale, c'est un moyen ra-

diologique, récemment mis au point : la phlébographie.

3° Ces variqueux étant éliminés, tous les autres, hormis évidemment ceux atteints de contre-indications banales à la cure de leurs varices, relèvent d'un traitement chirurgical dont la base est, nous l'avons vu, dans le cas de varices du système saphène interne (cas de beaucoup le plus fréquent) la suppression du carrefour veineux inguino-crural. Ce temps primordial, c'est la crossectomie.

4° A ce temps indispensable, s'ajoutera un traitement complémentaire variable suivant les cas, lesquels peuvent être chématiquement calqués sur les divers stades anatomo-cliniques des varices.

Au stade du début, ce traitement complémentaire sera médical : gymnastique rationnelle, injections sclérosantes à la seringue des varices restantes.

Au stade ultime, ce sera un traitement chirurgical par : la Saphénectomie.

Enfin, au stade intermédiaire, ce sera un traitement mixte, médico-chirurgical : la méthode anglaise.

5° Nos observations personnelles, quoique un peu récentes, nous permettent de penser que ce traitement mixte prendra le pas, à l'avenir, sur les autres traitements.

Outre qu'elles s'adresse au plus grand nombre de malades lesquels sont affligés en général de varices constituées lorsqu'ils viennent nous consulter, c'est une intervention bénigne pouvant être faite sans anesthésie locale, n'entraînant qu'une immobilisation réduite, une cicatrice peu visible et qui nous a donné de très bons résultats. Très souple, elle peut s'adapter à toutes les insuffisances où qu'elles siègent.

6° Il convient de remarquer qu'entre les divers traitements que nous venons de citer, des combinaisons variées sont possibles chez un même malade, permettant la cure radicale des varices ou de leurs complications avec d'heureux résultats.

Vu :	Vu :
Le Président de Thèse,	*Le Doyen,*
DUCUING	GALVET

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 16 Juin 1947

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université
DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

ALGLAVE. — Le traitement des varices, *Presse Médicale*, 12 juin 1909, 18 mars 1911, 29 avril 1911, 25 mai 1913, 12 juin 1935.

ALGLAVE et TERRIER. — *Revue de Chirurgie*, 10 janvier 1906.

ALLAINES (D') et ROSEAU. — Technique du traitement actuel des varices, *Presse Médicale*, juin 1927.

ARTHUR. — Chirurgie des veines variqueuses, *The Lancet*, 28 octobre 1944.

BELLIS et CHURNEY. — L'injection des veines variqueuses, *Surgery*, mars 1943.

BOIVIN. — 400 injections intravariqueuses d'INA de solution iodo-iodurée. Thèse, Paris, 1946, n° 69.

CLARK. — Varices. Remarques sur le diagnostic et le traitement. *Board of the air Surgeon*, 1944; *Air Surgeon's bulletin*, novembre 1944.

CUTCHEN. — Varices du membre inférieur : méthode pour la recherche de l'insuffisance veineuse. *American journal of Surgery*, n° 1, juillet 1946.

DAUDET. — Varices congénitales (Syndrome de Klippel-Trenaunay. Thèse, Paris, 1946, n° 202.

DELATER. — Maladie des veines et leur traitement, Masson, 1932.

DODD. — Opération radicale des veines variqueuses. *British Medical Journal*, n° 26, du 23 décembre 1944.

DUCUING. — Phlébites embolies tromboses post-opératoires, Masson, 1929.

ENJALBERT. — Traitement actuel des varices des membres inférieurs. *Toulouse Médical*, décembre 1946.

ENJALBERT. — Phlébographie. *Toulouse Médical*, juin 1947.

FORGUE. — Pathologie chirurgicale, Doin et C°.

GERSON. — Indications et contre-indications de la méthode sclérosante dans le traitement des varices. *Progrès médical*, n° 5, mars 1945.

GERSON. — Quelques conseils pratiques sur le traitement des varices. *Presse Médicale*, n° 19, du 27 avril 1946.

GERSON. — Varices : injections sclérosantes, *Journal des Praticiens*, 20 juin 1946.

HARKINS. — Traitement chirurgical des varices, *Surgery*, mars 1942.

HODGE-GRIMSON, SCHIEBEL. — Traitement des varices par dépouillement : l'excision et l'avulsion. *Annals of Surgery*, n° 5, du 5 mai 1945.

LAUBRY-LOUVEL. — Veines et facteurs météorologiques. *Gazette Médicale de France*, n° 9, mai 1946.

LIAN et ALHOMME. — Les varices congénitales. *Société Française Cardiologie*, 27 mai 1945.

LIJALL. — Veines variqueuses (traitement). *S.G.O.*, n° 3, mars 1946.

LOUVEL. — Appareils de contention veineuse. *Bulletin Médical*, n° 29, du 2 décembre 1945.

MAC PHEETERS. — Ligature saphéno-fémorale avec injection rétrograde immédiate, *Surgery Gynecology and obstetric*, n° 4, octobre 1945.

MARAZITA. — Action des hormones sur les veines variqueuses de la grossesse. *Medical Record*, n° 7, juillet 1946.

MEYERSON. — La pression veineuse des variqueux, *Surgery*, octobre 1943.

OGDIN-SCHERMAN. — Considérations physiologiques sur les soins à donner aux malades atteints de veines variqueuses. *Archives of Surgery*, n° 4, avril 1946.

ORBACH. — Pâte au kaolin et à la pénicilline dans le traitement des varices et des ulcères variqueux. *American Journal of Surgery*, n° 2, février 1946.

PAUCHET. — Traitement rationnel des varices des membres inférieurs. *La Pratique Chirurgicale illustrée*, fascicule XI, page 13.

PEARCE. — *Veines variqueuses. Surgery*, décembre 1943.

ROSEAU. — Le traitement actuel des varices. Thèse, Paris, 1927.

ROWDEN-FOOTE. — Quelques problèmes quotidiens soulevés par le traitement des varices. *The practionner*, n° 934, avril 1946.

SAGETTE (DE LA). — Complications des varices et leur traitement. Thèse, Paris, 1945, n° 725.

SARMA. — Récidives et échecs du traitement moderne des varices, *Surgery*, décembre 1941.

SIGG. — Ulcères de jambe, varice et thrombophlébite variqueuse. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n° 49, du 8 décembre 1945.

SOREL. — Traitement schlérosant des varices non compliquées des membres inférieurs. *Thèse de Paris*, 1945, n° 669.

SOUSA PEREIRA. — Innervation des veines, *Surgery*, n° 5, mai 1946.

STALKER. — Veines variqueuses, *The American Journal of Surgery*, avril 1946.

VACHERON. — Le traitement des varices constituées. *Avenir Médical*, 6 décembre 1942.

WERQUIN. — Le traitement des varices. *Presse Médicale*, 22 juin 1946.